



*INDICATEURS DE SUIVI
DES ENFANTS A L'ONE*

Le suivi des enfants est réalisé par les équipes médico-sociales de l'ONE dans les Consultations de Nourrissons ainsi que dans les milieux d'accueil collectifs reconnus par l'Office qui sont répartis sur l'ensemble du territoire de la Communauté française.

L'évaluation de ce suivi médical est réalisée depuis 1996 grâce à un recueil de données individualisé, complété par le médecin et le TMS à la fin de la première année de vie de l'enfant.

Nous disposons de données concernant la moitié des enfants réellement suivis à l'ONE. L'étude de ces données nous permet de considérer qu'elles sont représentatives de l'ensemble de la population réellement suivie.

Nous avons choisi cette année d'analyser le suivi de quatre programmes définis comme prioritaires par le Collège des Conseillers médicaux pédiatres.

- **LA VACCINATION**

Nous possédons actuellement des données concernant les vaccinations recommandées pendant la première année de vie de l'enfant. Nous y avons joint les résultats de la campagne de rattrapage de la vaccination contre le méningocoque de type C développée en 2002.

- **L'ALLAITEMENT MATERNEL**

Les indicateurs retenus pour l'évaluation sont : le pourcentage d'enfants mis au sein à la naissance, le pourcentage des enfants allaités à la sortie de la maternité, le pourcentage des enfants allaités exclusivement à 1 et 12 semaines de vie.

- **LE DÉPISTAGE DES TROUBLES VISUELS**

Les données se rapportent aux expériences de dépistage spécialisé développées avec la collaboration d'orthoptistes dans le Brabant wallon et dans le Hainaut.

- **LE DÉPISTAGE DES TROUBLES AUDITIFS**

L'analyse du programme est éclairé à la fois par les données de la BDMS et par les résultats d'une étude réalisée par le Dr Mansbach, en collaboration avec l'ONE dans les maternités du Réseau des Hôpitaux Iris à Bruxelles.

Dès 2004, la Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE s'intéressera aux enfants plus âgés grâce aux "Bilans de santé" qui seront réalisés à trois âges clés: 9 mois, 18 mois et 30 mois.



Au delà de l'immunisation individuelle, la vaccination est un enjeu de santé publique puisqu'il s'agit de protéger l'ensemble de la collectivité en limitant la circulation des agents pathogènes.

Il importe que les stratégies vaccinales nécessitant le strict respect du calendrier vaccinal soient appliquées avec l'appui des populations concernées et par le plus grand nombre. Il y a donc lieu d'informer les publics concernés sur la pertinence des objectifs visés et sur les modalités de réalisation des vaccins.

En Belgique, seule la vaccination contre la poliomyélite est légalement obligatoire (arrêté royal du 26 octobre 1966 entré en vigueur le 16 décembre 1966, modifié par les arrêtés royaux du 18 et 22 septembre 2000). Cependant, pour fréquenter les milieux d'accueil, l'ONE exige la vaccination des enfants qui les fréquentent au nom du droit de la collectivité à une protection efficace. Actuellement, les vaccins exigés sont : Poliomyélite, Diphtérie-Tétanos-Coqueluche, Rougeole, Rubéole, Oreillons.

A côté de cela, l'ONE applique le schéma vaccinal de base recommandé par le Conseil Supérieur d'Hygiène de la Communauté française.

La vaccination des enfants s'effectue à trois périodes :

- Dans la petite enfance : on parle de la vaccination de base, c'est-à-dire des vaccins qui sont proposés à tous les enfants dès l'âge de 2 mois et qui leur permettront de s'immuniser contre les dix maladies ciblées dans le programme de vaccination (Poliomyélite, Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, infections

- invasives par *Haemophilus influenzae b*, Hépatite B, Rougeole, Rubéole, Oreillons et Méningocoque).
- A l'âge de 5-6 ans : les vaccinations de rappel utiles à l'entrée en milieu scolaire.
- A la pré-adolescence : les vaccinations utiles au seuil de la vie adulte.

● DONNÉES POPULATION ONE

L'évaluation de la couverture vaccinale est indispensable pour connaître l'état de réalisation des objectifs généraux et spécifiques par rapport à l'évolution des maladies évitables par la vaccination.

Pour ce faire, l'ONE est non seulement associé par l'intermédiaire de ses travailleurs de terrain (TMS) aux enquêtes de couverture vaccinale réalisées périodiquement en Communauté française (ProVac) mais il recueille aussi des données sur le statut vaccinal des enfants de moins de un an suivis dans ses structures. Ces données sont issues¹ des fiches "Volets 0-1an" qui permettent aussi d'évaluer les programmes de prévention de l'ONE.

Les tableaux ci-dessous présentent les enfants correctement vaccinés pour leurs âges.

Le dénominateur est constitué des enfants qui ont été suivis au moins jusqu'à l'âge de 6 mois².

Dans la première colonne de chaque tableau, le premier nombre de doses fait référence au nombre de doses requises pour avoir une vaccination complète à 6 mois. Le deuxième nombre de doses correspond à des enfants suivis pendant plus d'un an et qui ont donc reçu une dose supplémentaire.

La différence entre le total et le nombre d'enfants correctement vaccinés sont les enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés.

A noter: les données inconnues sont incluses et additionnées aux enfants non-vaccinés.

POLIOMYÉLITE

La poliomyélite a heureusement disparu de notre paysage quotidien mais son éradication à l'échelle mondiale n'est pas totale. C'est la raison pour laquelle le Conseil Supérieur d'Hygiène recommande le maintien du programme vaccinal obligatoire anti poliomyélite. Le passage au vaccin tué injectable vise la disparition des cas de poliomyélite vaccinale, même si le risque est minime (estimation d'un cas en Belgique tous les 7-10 ans).

Tableau 3.1

		Année de naissance				
		1996	1997	1998	1999	2000
Enfants correctement vaccinés(2 et 3 doses)	N	14703	12660	11616	14555	14029
	%	96,5	96,1	96,5	97,0	96,1
Tota ●	N	15235	13171	12036	15005	14605
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: BDMS ONE, "Volets 0-1 an". Inconnues incluses

Le taux de couverture vaccinale reste stable. Il reflète le pourcentage d'enfants dont nous sommes certains qu'ils sont correctement vaccinés. Les proportions restantes regroupent des inconnues, des incomplètement vaccinés et des non-vaccinés.

1) Voir Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, ONE, 1997

2) Cette distinction est possible grâce à l'introduction de la nouvelle version mise en application à partir des enfants nés en 1999. Le dénominateur utilisé les années antérieures était constitué des enfants qui fréquentaient toujours les consultations à l'âge d'un an. Le dénominateur pour les enfants nés avant 1999 incite donc à interpréter l'évolution vaccinale avant 1999 avec précaution.

DITEPER

Le DiTePer est un vaccin combiné contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

LA DIPHTÉRIE : 3 cas ont été déclarés en Belgique entre 1980 et 1989. L'épidémie de diphtérie survenue dans les pays de l'est en 1990 et les dizaines de milliers de morts qu'elle a causés rappellent tout l'intérêt de ce type de vaccin. L'état sérologique de la population adulte belge souligne par ailleurs la nécessité d'un renforcement de la protection par les vaccinations de rappel.

LE TÉTANOS : quelques cas sont déclarés annuellement, ils concernent essentiellement des personnes âgées et surtout des femmes. La prévention de la maladie est possible, elle repose sur la protection vaccinale individuelle. La maladie ne se transmet pas de personne à personne.

LA COQUELUCHE : l'incidence de la coqueluche a régressé depuis les campagnes de vaccination lancées dans les années 60. Les adolescents et les adultes représentent la principale source d'infection pour les nourrissons. Bien que les vaccins à cellules entières aient permis le contrôle de la coqueluche dans nos populations, des avantages nets par rapport à la tolérance sont obtenus par l'utilisation du vaccin acellulaire.

Tableau 3.2

		Année de naissance				
		1996	1997	1998	1999	2000
Enfants correctement vaccinés (3 et 4 doses)	N	14361	12395	11411	14317	13900
	%	94,2	94,1	94,8	95,4	95,1
Tota ●	N	15239	13169	12037	15005	14604
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: BDMS ONE, "Volets 0-1 an". Inconnues incluses

HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B (HIB)

Le germe de l'*Haemophilus influenzae* de type b (vecteur de méningites et d'épiglottites) était la première cause de méningite bactérienne chez l'enfant de moins de 5 ans. Avant l'introduction du vaccin en 1993, l'incidence des infections invasives chez les enfants de moins de 5 ans en Communauté française était de 44/100.000. Actuellement, elle a pratiquement disparu. Dans les pays où la couverture vaccinale atteint plus de 90 %, la maladie a été éliminée.

Tableau 3.3

		Année de naissance				
		1996	1997	1998	1999	2000
Enfants correctement vaccinés (3 et 4 doses)	N	11004	10539	10790	13610	13308
	%	72,2	80,1	89,7	90,7	91,1
Tota ●	N	15241	13164	12034	15005	14605
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: Données BDMS ONE, "Volets 0-1an". Inconnues incluses

Les chiffres des 5 dernières années montrent une très nette augmentation des vaccinations contre l' Hib. La gratuité du vaccin obtenu en 2002 devrait encore améliorer la couverture vaccinale.

HÉPATITE B

La Belgique est une zone de faible endémicité pour l'hépatite B la haute prévalence de ses formes chroniques la rangent parmi les pathologies infectieuses les plus préoccupantes.

Le nombre de porteurs du virus de l'hépatite B en Belgique est estimé à 70.000 (en 1994).

Les risques spécifiques de la contamination chez le jeune enfant, l'adolescent et l'adulte ne sont pas négligeables.

Tableau 3.4

		Année de naissance				
		1996	1997	1998	1999	2000
Enfants correctement	N	4515	5357	5528	10479	11025
vaccinés (2 et 3 doses)	%	29,7	41,0	46,1	69,8	75,5
Tota●	N	15213	13068	11991	15005	14602
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source: BDMS ONE, "Volets 0-1 an". Inconnues incluses

Le bond important (+23,7%) dans les vaccinations réalisées en 1999 peut probablement s'expliquer par l'introduction de la vaccination gratuite pour tous les nouveau-nés. Une petite partie de la population reste cependant réticente à recourir à ce vaccin étant donné certains articles de presse inquiétants et jusqu'à présent sans fondement scientifique.

● LA VACCINATION CONTRE LE MÉNINGOCOQUE DE TYPE C réalisée en 2002 en Communauté française de Belgique

CONTEXTE

En Belgique, entre 1993 et 2001, on note une augmentation du nombre des infections invasives graves dues au méningocoque, principalement de type B et C.

Une propagation similaire de la maladie est également observée dans les pays européens, d'abord en Angleterre et au Pays-Bas et plus récemment en France.

Les infections invasives dues au méningocoque peuvent revêtir deux formes différentes :

- Une méningite avec risques de séquelles cérébrales.
- Une septicémie fulgurante évoluant vers un syndrome de coagulation intravasculaire disséminée, cause de décès et d'importantes séquelles physiques.

La transmission de la maladie est exclusivement humaine, via les sécrétions naso-pharyngées par contact avec soit un porteur sain soit un malade.

La bactérie est incapable de survivre en dehors de l'organisme humain.

RAPPEL ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Selon l'Institut de Santé Publique, la Belgique a connu en 1971 un premier pic d'infections invasives dues au méningocoque ; plus de 500 cas furent alors déclarés soit une incidence de la maladie de 5 cas pour 100.000 habitants.

Entre 1976 et 1992, l'incidence s'est maintenue autour de 1 cas pour 100.000 habitants.

A partir de 1993, on note une augmentation constante du nombre de cas signalés.

En 1999, on relève 297 cas signalés. L'incidence estimée est alors de 3 cas pour 100.000 habitants ; l'incidence réelle compte tenu de cas non déclarés se situant probablement un peu plus haut, à 4 cas pour 100.000 habitants. Cette augmentation semble concerner principalement le méningocoque de type C (33 % des cas en 2000). La répartition par âge montre une plus grande fréquence de la maladie chez les enfants de moins de 5 ans (40 % des cas) et chez les adolescents (20 % des cas).

PRÉVENTION - VACCINATION

Depuis 2001, un vaccin contre le méningocoque de type C est disponible en Belgique. Il n'existe toujours pas de vaccin contre le méningocoque de type B.

A partir de l'âge d'un an, une seule dose de vaccin permet de protéger efficacement l'enfant.

Avant le démarrage de la campagne de rattrapage vaccinal, un certain nombre d'enfants (estimé à 20 %) avaient donc déjà été vaccinés soit dans le cadre de l'ONE soit par leur médecin privé mais le coût élevé du vaccin (36 €) ne permettait pas de garantir à tous son accessibilité et donc une couverture vaccinale à même d'enrayer la recrudescence de cette maladie.

En 2002, un accord entre le Gouvernement Fédéral et le Gouvernement de la Communauté française a permis de financer l'achat de 200.000 doses de vaccins destinées à offrir la vaccination gratuite aux enfants nés entre 1997 et 2000.

L'ONE a accepté, dans un délai de quelques semaines:

- d'organiser la distribution des vignettes autocollantes donnant accès à une dose de vaccin gratuit;
- d'offrir à tous les enfants des groupes d'âge visés fréquentant habituellement l'ONE ou non, la possibilité d'être vaccinés gratuitement dans ses structures.

LA DISTRIBUTION DES TITRES D'ACCES AUX VACCINS GRATUITS

L'ONE a été chargé d'assurer la distribution à tous les enfants de la Communauté française, de vignettes autocollantes permettant un accès gratuit au vaccin contre la méningite C. Quel que soit le vaccinateur choisi, un titre d'accès gratuit à une dose de vaccin pouvait être retiré par les parents dans la consultation ONE habituelle ou la plus proche du domicile, sur simple présentation d'une pièce d'identité et du carnet de l'enfant ou d'une carte de vaccination attestant que l'enfant n'était pas déjà vacciné contre le méningocoque de type C. Les enfants fréquentant un milieu d'accueil collectif reconnu par l'ONE ainsi que leurs frères et sœurs plus âgés appartenant aux cohortes visées, pouvaient recevoir une vignette dans leur milieu d'accueil.

Afin de permettre un étalement de la campagne sur six mois, le calendrier de distribution des titres d'accès au vaccin a été planifié de la manière suivante :

Mars 2002 : enfants nés en 2000

Avril 2002 : enfants nés en 1999

Mai 2002 : enfants nés en 1998

Juin 2002 : enfants nés en 1997

L'information à la population s'est faite par la presse écrite et par des spots publicitaires radiophoniques. Un numéro d'appel téléphonique (téléphone vert) était ouvert au public.

Les travailleurs médico-sociaux et les médecins de l'ONE et des milieux d'accueil subsidiés ont également réalisé une information large de la population lors des permanences, des visites à domicile et des consultations de l'ONE.

NOMBRE D'AUTOCOLLANTS REMIS AUX PARENTS PAR TRANCHE D'ÂGE (CONSULTATIONS ET MILIEUX D'ACCUEIL) - Tableau 3.5

	Enfants nés 1997	Enfants nés 1998	Enfants nés 1999	Enfants nés 2000	Total des autocollants distribués
Bruxelles	2.848	2.911	3.355	4.321	14.399
Brabant wallon	1.052	1.068	1.170	1.566	4.858
Hainaut	4.708	4.544	4.868	6.154	20.331
Liège	3.061	3.083	3.183	4.031	13.595
Luxembourg	1.562	1.565	1.640	2.059	6.826
Namur	1.321	1.419	1.482	2.098	6.323
TOTAL C.F.	14.552	14.590	15.698	20.229	66.332

Remarque : le total général est supérieur à la sommation de chacune des colonnes selon l'année de naissance, on dénombre en effet 1263 autocollants remis aux parents pour lesquels l'année de naissance n'est pas mentionnée.

LES ENFANTS VACCINÉS PAR L'ONE

NOMBRE D'ENFANTS VACCINÉS PAR TRANCHE D'ÂGE (CONSULTATIONS ET MILIEUX D'ACCUEIL) - Tableau 3.6

	Nbre d'enfants vaccinés nés en 1997	Nbre d'enfants vaccinés nés en 1998	Nbre d'enfants vaccinés nés en 1999	Nbre d'enfants vaccinés nés en 2000	Total
Bruxelles	2.511	2.628	3.477	5.000	14.385
Brabant wallon	488	511	656	969	2.624
Hainaut	3.642	3.604	4.306	5.656	17.295
Liège	2.059	2.068	2.395	3.279	9.927
Luxembourg	860	897	1.019	1.389	4.165
Namur	805	815	937	1.319	3.885
TOTAL C. F.	10.365	10.523	12.790	17.722	52.281

Remarque : le total général est supérieur à la sommation de chacune des colonnes selon l'année de naissance, on dénombre en effet 881 enfants vaccinés pour lesquels l'année de naissance n'est pas mentionnée.

L'ONE a vacciné plus d'enfants nés en 1999 et en 2000. Cela s'explique par le fait qu'un pourcentage plus élevé de très jeunes enfants fréquentent les structures ONE.

Si on se rapporte aux " Avis de Naissance " portés à la connaissance de l'ONE, nous avons vacciné 23,8 % de la population des enfants nés en 1997 (43.589), 24,3 % de la population des enfants nés en 1998 (43.252), 29,1 % de la population des enfants nés en 1999 (44.031) et 39,7 % de la population des enfants nés en 2.000 (44.604).

Il faut tenir compte du fait qu'une partie de cette population était déjà vaccinée avant la campagne sur base volontaire et payante. Cette dernière population est estimée à 20 %.

De plus, le nombre d'enfants réellement vaccinés est probablement sous-évalué puisque nous ne disposons des données que de 86 % des Consultations de Nourrissons et de 75 % des crèches et pré-gardiennats.



Evolution de l'allaitement maternel parmi la population des enfants suivis dans les structures de l'ONE

ATTITUDE CONCERNANT LA MISE AU SEIN À LA NAISSANCE

Par immédiate/précoce, il faut entendre juste après l'accouchement et au maximum deux heures plus tard. Une mise au sein est considérée comme tardive lorsqu'elle a lieu plus de deux heures après l'accouchement.

Tableau 3.7

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Néant	N	10741	10700	10334	10342	10493	9272
	%	29,5	30,1	28,5	27,5	25,3	23,3
Immédiate/Précoce	N	23829	23147	24309	25343	28619	28358
	%	65,5	65,1	67,0	67,5	68,9	71,4
Tardive	N	1811	1726	1644	1865	2444	2107
	%	5,0	4,9	4,5	5,0	5,9	5,3
Total	N	36381	35573	36287	37550	41556	39737
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	16,2	17,3	17,3	15,5	16,6	16,6

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

RÉGIME ALIMENTAIRE DES ENFANTS À LA SORTIE DE LA MATERNITÉ - Tableau 3.8

		Année de naissance					
		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Artificiel d'emblée	N	11862	11640	11270	11172	11515	10427
	%	28,2	27,8	26,6	25,8	23,7	22,3
Abandon de l'allaitement en maternité	N	37	28	49	70	86	139
	%	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3
Allaitement mixte	N	443	428	336	384	425	388
	%	1,1	1,0	0,8	0,9	0,9	0,8
Allaitement maternel complet	N	29757	29805	30730	31625	36490	35727
	%	70,6	71,1	72,4	73,0	75,1	76,5
Néant (Décès du NN)	N	34	34	54	49	46	34
	%	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	N	42133	41935	42439	43300	48562	46715
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues	%	2,9	2,6	3,2	2,5	2,6	2,0

Source: BDMS ONE, "Avis de Naissance"

On observe une diminution de l' allaitement "artificiel d'emblée" au profit d'une augmentation de l'allaitement maternel complet. En 2002, plus des 3/4 des enfants sont allaités exclusivement au sein lors du passage du TMS en maternité (endéans les 5 jours à la maternité).

La médiane de l'allaitement maternel exclusif pour la Communauté française est égale à 7 semaines et ce, pour les enfants nés de 1996 à 2000.

PROPORTION D'ENFANTS ALLAITÉS EXCLUSIVEMENT AU SEIN À 1 SEMAINE - Tableau 3.9

		Année de naissance				
		1996	1997	1998	1999	2000
Enfants allaités exclusivement au sein à 1 semaine	N	8863	7765	7157	11574	11478
	%	63,8	66,5	68,3	67,0	67,3
Total d'enfants vus au moins 2 fois dans une structure ONE	N	13891*	11670*	10481*	17279	17053
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues (%)	%	8,9	11,5	13,8	11,0	11,0

Source: BDMS ONE, "Volet 0-1an"

*=Enfants suivis dans une structure ONE

Dans la population d'enfants de moins d'un an qui a fréquenté nos structures ONE au moins deux fois, un peu plus de 2/3 sont allaités exclusivement au sein à 1 semaine. Et parmi ces enfants, plus 1/3 continuent à être allaités exclusivement au sein à 12 semaines.

PROPORTION D'ENFANTS ALLAITÉS EXCLUSIVEMENT AU SEIN À 12 SEMAINES - Tableau 3.10

		Année de naissance				
		1996	1997	1998	1999	2000
Enfants allaités exclusivement au sein à 12 semaines	N	3093	2782	2615	4030	4147
	%	22,3	23,8	24,9	23,3	24,3
Total d'enfants vus au moins 2 fois dans une structure ONE	N	13891*	11670*	10481*	17279	17053
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Inconnues exclues (%)	%	8,9	11,5	13,8	11,0	11,0

Données BDMS ONE, "Volet 0-1an"
 *=Enfants suivis dans une structure ONE
 Dans la population d'enfants de moins d'un an qui a fréquenté nos structures ONE au moins deux fois, environ 24% sont allaités exclusivement au sein à 12 semaines.



Dépistage des troubles visuels chez le jeune enfant dans le cadre de l'expérience particulière menée par l'ONE dans le Brabant wallon et dans le Hainaut.

HISTORIQUE DU PROJET

Dès 1981 un prix Nobel couronne les travaux mettant en évidence les mécanismes du développement de l'amblyopie fonctionnelle. Lorsqu'un œil envoie au cerveau une image moins bonne que l'autre œil, soit parce qu'il présente un défaut de réfraction, soit parce qu'il ne fixe pas dans le même axe que l'autre (strabisme), cet œil ne développera pas toutes ses potentialités visuelles. Les couches cellulaires du cortex visuel seront moins denses. L'œil ne développera pas bien ses connections avec le cerveau et il perdra encore de l'acuité. Cette œil deviendra insuffisant et ce, définitivement. C'est l'amblyopie fonctionnelle. Cette amblyopie est la première cause de trouble de la vision unilatérale en Europe et aux Etats-Unis, tant chez l'enfant que chez l'adulte. Or, traitée tôt, c'est-à-dire entre 2 et 3 ans, cette amblyopie est hautement guérissable alors qu'elle est quasi irrécupérable au-delà de l'âge de 6 ans.

A l'ONE, la prévention des troubles de la vue était déjà au centre des préoccupations dans les années 1980. Cependant, les tests à réaliser restaient d'interprétation difficile, demandaient du temps et nécessitaient la collaboration de l'enfant.

A partir de 1995 survient un important changement qualitatif dans le dépistage : Il s'agit du développement et de la commercialisation des réfractomètres portables. Ces appareils, utilisés par un personnel compétent (formation d'orthoptiste) permettent une évaluation automatisée fiable, quantitative et objective de la capacité de réfraction des yeux. Ces appareils existaient déjà depuis 1985 mais étaient très grands, intransportables et assez effrayants pour les jeunes enfants. L'appareil mis sur le marché en 1995 a la taille d'une caméra. Le dépistage, absolument non invasif (sans risque pour l'enfant) demande un minimum de collaboration de celui-ci.

En 1997, l'ONE s'associe aux "Amis des Aveugles de Ghlin" ainsi qu'au Pr Cordonnier pour analyser la faisabilité dans le cadre de ses structures, de l'utilisation de cet appareil combiné aux tests précédemment développés par le Dr Paris (biprisme, lang, planche d'acuité visuelle).

Depuis juin 1997, grâce à l'I.P.E.J. (Initiatives Pour l'Enfance et la Jeunesse), aux Amis des Aveugles de Ghlin, au Fonds Houtman, et au Dr L. Gilbert, un orthoptiste, formé par le Dr Cordonnier à l'Hôpital Erasme dans le service d'ophtalmologie du Professeur Zanen, sillonne le Brabant Wallon et assure le dépistage visuel

systématique des enfants au sein des milieux d'accueil collectifs et dans les consultations pour enfants. Cette période a permis de mettre au point, de tester, d'améliorer et d'évaluer l'ensemble du processus de dépistage proposé.

Depuis janvier 2002 outre l'expérience du Brabant Wallon qui répond à l'ensemble de la demande du terrain pour cette subrégion, un partenariat avec les Amis des Aveugles de Ghlin, et le Kiwani de Mouscron a été développé pour permettre à deux orthoptistes de consacrer chacun deux demi-jours par semaine à la réalisation de consultations similaires dans le Hainaut.

A partir de septembre 2003, ce dépistage sera généralisé à l'ensemble de la Communauté française.

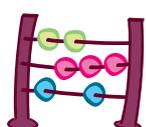
RÉSULTATS

Dans le Brabant wallon, 10.782 enfants ont été examinés entre juin 1997 et décembre 2002, 1099 (10,2 %) avaient un examen anormal.

Dans le Hainaut en 2002, 1.600 examens ont été réalisés, 1341(83.8 %) étaient normaux, 11 irréalizable, 140 (8.75 %) douteux et 108 (6.75 %) anormaux.

Tableau 3.11

Subrégion	Année de dépistage	Nbre d'enfants examinés	Nbre d'enfants sans trouble visuel détecté	Nbre d'enfants adressés à l'ophtalmologue examens anormaux ou douteux	Nombre d'examens irréalizables
Brabant Wallon	Juin 1997 à mai 1998	1520	1359	161	
	Juin 1998 à mai 1999	1929	1735	194	
	Juin 1999 à mai 2000	2139	1907	232	
	Juin 2000 à mai 2001	2038	1839	199	
	Juin 2001 à mai 2002	2037	1836	201	
	Juin 2002 à décembre 2002	1119	1007	112	
Hainaut	2002	1600	1341	248	11
Total		12.382 (100,0%)	11.024 (89,0 %)	1347 (10,9 %)	11 (0,1%)



LE DÉPISTAGE AUDITIF

● LE DÉPISTAGE DES TROUBLES AUDITIFS DANS LE CADRE DES CONSULTATIONS DE NOURRISSONS DE L'ONE

Les atteintes auditives sont de deux ordres:

- Les troubles de la perception qui touchent l'oreille interne ou les voies sensorielles centrales. Il s'agit d'atteintes irréversibles mais pouvant souvent bénéficier de techniques de rééducation adaptées, appareillages ou implants cochléaires.
- Les troubles de la transmission qui touchent l'oreille moyenne. Il s'agit d'atteintes de la sphère ORL susceptibles d'amélioration spontanée ou suite à un traitement.

Le dépistage des troubles auditifs doit viser deux objectifs:

- Le dépistage des surdités néonatales permanentes (surdités de perception)
- Le dépistage des troubles de la sphère ORL (surdités de transmission)

LES SURDITÉS NÉONATALES PERMANENTES (SURDITÉ OU HYPOACOUSIE DE PERCEPTION)

L'importance de la précocité du diagnostic doit permettre la mise en place de mesures thérapeutiques adéquates (techniques de rééducation adaptées, prothèses, implants cochléaires) qui influenceront grandement le développement ultérieur de l'enfant particulièrement en ce qui concerne le développement du langage et l'éveil intellectuel.

Depuis une dizaine d'années, il est devenu possible d'amener un enfant sourd profond à suivre une évolution très proche de celle d'un enfant entendant si sa pathologie est diagnostiquée et prise en charge de manière précoce, c'est-à-dire avant l'âge de 6 mois. Ce changement fondamental dans le domaine de la surdité constitue certainement un des progrès les plus spectaculaires de la médecine actuelle.

De plus, la plasticité du système nerveux auditif central s'estompe au-delà de l'âge de trois ans et le dépistage et la prise en charge adéquate de ces enfants avant l'âge de six mois modifient considérablement l'acquisition ultérieure du langage.

L'ONE ne doit pas se borner à promouvoir le dépistage précoce de la surdité mais, dans le cadre de sa mission, elle doit aussi envisager le soutien psycho-social aux parents d'enfants déficients auditifs en partenariat avec les Centres d'aide précoce et les centres de Santé pour sourds. En effet, l'aspect d'acquisition de la symbolique du langage demande un abord multidisciplinaire alliant des techniques médicales, un soutien psycho-social et le développement de méthodes d'acquisition de la symbolique du langage telles que la langue des Signes, etc.

La prévalence des surdités néonatales permanentes est estimée entre 1,2 et 3,2 / 1000 naissances (pour un déficit de 40 dB). Cette prévalence est plus élevée dans certains groupes à risque comme les grands prématurés mais un dépistage limité aux seuls enfants à haut risque ne permettrait de dépister que 50% des surdités.

De plus un nombre non négligeable (20 à 30%) de ces surdités sont d'installation progressive (évolutives); le déficit auditif peut donc n'apparaître que pendant les 6 à 12 premiers mois de vie.

L'étiologie peut être congénitale, liée à une pathologie de la grossesse ou de l'accouchement, génétique, ou acquise suite à une infection méningo-encéphalique, un traitement ototoxique, ou un traumatisme du crâne.

LES TROUBLES DE LA SPHÈRE ORL (SURDITÉS DE TRANSMISSION)

Ces troubles sont secondaires à des infections ORL à répétition (notamment l'hypertrophie des végétations adénoïdes et l'otite séro-muqueuse). Ils sont particulièrement fréquents pendant les premières années de vie de l'enfant. Leur prévalence est mal connue.

Dans certains cas, ils régressent spontanément, dans d'autres, ils entraînent une diminution durable de l'audition, des troubles du langage, des troubles respiratoires et orthodontiques ainsi que la possibilité d'infections graves de voisinage

MÉTHODE

Idéalement, un dépistage systématique devrait se faire de manière précoce : lors du séjour en maternité ou du premier mois de vie. Puis, un second dépistage systématique devrait se faire entre 9 et 12 mois de vie.

Les méthodes utilisées devraient être "objectives" sous forme :

Soit d'otoémissions acoustiques provoquées (OEAP) : Il s'agit de l'analyse des sons émis par les cellules ciliées externes de l'oreille interne.

Soit de potentiels évoqués auditifs (PEA) : L'oreille est soumise à un son, le cerveau y répond par une activité électrique mesurable par des électrodes installées sur le cuir chevelu (application de la technique d'électro-encéphalographie).

SITUATION ACTUELLE DANS LES STRUCTURES DE L'ONE

Les consultations de l'ONE ne disposent pas actuellement de ce matériel. Cependant, afin de développer à l'avenir un programme performant de dépistage des troubles auditifs, l'ONE s'est associé à une expérience pilote menée au sein des hôpitaux publics bruxellois du réseau IRIS.

De plus, dans les consultations de nourrissons et lors des visites à domicile, les équipes médico-sociales de l'ONE sont attentives à la surveillance des capacités auditives des jeunes enfants à travers différentes méthodes comportementales (réactions aux bruits, réflexe d'orientation vers une source sonore, apparition du gazouillis, des premières syllabes, du langage, compréhension d'ordres simples, test de la voix chuchotée, etc.).

● EXPÉRIENCE PILOTE MENÉE PAR L'ENSEMBLE DES HÔPITAUX PUBLICS BRUXELLOIS DU RÉSEAU IRIS

Partant du constat que des progrès importants ont été réalisés ces dernières années en matière de dépistage et de réhabilitation de la surdité profonde de l'enfant mais qu'il n'existe, dans la partie francophone du pays, aucun remboursement pour un dépistage systématique de la surdité, le Dr Mansbach (ORL) et le Dr Deltenre (neurophysiologiste) ont développé une recherche de 2 ans portant sur l'opportunité et la faisabilité d'un dépistage systématique de la surdité en maternité. Cette recherche a été menée au sein de plusieurs maternités bruxelloises du réseau IRIS (Inter-hospitalière Régionale des Infrastructures de Soins) avec le soutien de l'Observatoire de la Santé et de la Commission Communautaire Commune et la collaboration de l'AEDES (agence européenne pour le développement et la santé).

Cette étude a débuté le 01/12/2000 et s'est terminée le 31/12/2002.

Les objectifs étaient les suivants :

- Identifier les enfants nés dans 3 maternités bruxelloises présentant des problèmes d'audition à la naissance ou durant la 1ère année de vie ;
- Vérifier que ces enfants étaient bien pris en charge par le système hospitalier et ensuite par un organisme de réhabilitation du langage et de l'audition ;
- Fournir une estimation du coût de la mise en œuvre de ce dépistage systématique.

Le dépistage a consisté en la mise en place de 1 à 3 tests en série, en cas du résultat positif du test. Les 2 premiers tests consistaient en l'enregistrement d'oto-émissions acoustiques (OEAP), le 3ème test était un Potentiel Evoqué Auditif (PEA).

Durant la 1ère année, le dépistage a été évalué au niveau de la maternité de l'Hôpital Brugmann.

Durant la 2ème année, les maternités de l'Hôpital d'Ixelles et de l'Hôpital Erasme ont été incluses en plus une organisation du dépistage, mais certains critères minimaux à respecter :

- Mettre en place un système de collecte des données ;
- Réaliser des feed-backs réguliers pour évaluer l'efficacité du dépistage ;
- Organiser un système permettant de suivre le plus efficacement possible les enfants à problème.

Les dépistages organisés au niveau des 3 maternités (Ixelles, Erasme et Brugmann) ont permis d'effectuer un dépistage complet pour 4080 enfants nés en 2002 dans ces maternités.

- 4060 couples ont été rassurés quant à l'état auditif de leur enfant.
- 14 enfants ont été diagnostiqués comme souffrant de surdité de transmission (touchant l'oreille moyenne et totalement réversible). Soit 3,4 pour 1000.
- 6 cas de surdité sensori-neurale à des degrés divers ont été identifiés, soit 1,5 pour 1000.
Parmi ces 6 enfants, 4 d'entre eux ne présentaient à priori aucun facteur de risque de surdité.

Sans le dépistage généralisé, il est probable que les problèmes de ces enfants n'auraient pas été diagnostiqués aussi tôt et qu'une prise en charge précoce n'aurait pas été possible.

Du point de vue organisation, l'étude nous a montré qu'il est impossible d'imposer un protocole strict à une structure hospitalière. La solution la plus efficace est d'adapter le processus de dépistage aux moyens (matériels et humains) et aux habitudes de travail de chaque structure.

La mise en œuvre d'une politique d'information et de sensibilisation des parents et du personnel médical a semblé être un élément important dans l'efficacité du dépistage.

En résumé, l'étude montre :

- que le dépistage systématique de la surdité est opportun et réalisable ;
- que le financement de cette activité est indispensable.

● **LES DÉPISTAGES AUDITIFS BASÉS ESSENTIELLEMENT SUR DES MÉTHODES COMPORTEMENTALES**

Afin d'identifier les types de déficit auditifs mis en évidence dans les consultations de l'ONE, nous avons procédé à une analyse des cas des enfants nés en 1999, et signalés comme ayant un trouble auditif dans le volet 0-1 ans rempli en 2000. 29 cas étaient répertoriés sur 17.053 "Volets 0-1 an".

Nous avons pu retrouver des informations concernant le suivi pour 24 d'entre eux dont 1 cas semblerait être une erreur d'encodage.

13 cas sont des otites séro-muqueuses ayant entraîné un trouble auditif de transmission.

Sur ces 13 cas, 2 ont été diagnostiqués dans les premiers jours de vie, un autre à l'âge de deux mois, les 10 autres cas se situent autour de la première année de vie.

9 cas sur 13 ont nécessité la pose de drains trans-tympaniques (soit 0,8 pour 1000).

2 cas sont des fentes palatines, l'évolution ORL semble favorable après intervention chirurgicale.

1 cas est une suspicion de surdité sur œdème cérébral, surdité non confirmée.

6 cas relèvent de surdité ou hypoacousie périnatale permanente (soit 0,3 pour 1.000).

Tableau 3.12

Nombre d'enfants	Renseignement sur le trouble auditif
2	Surdité dans le cadre d'un syndrome polymalformatif
1	Grossesse gémellaire, préma 27 sem. , infection périnatale, PEA: seuils à 60dB à D; 70 dB à G;
1	Oedème cérébral, surdité suspectée , pot évoqués normaux
1	Fente palatine opérée, contrôle ORL excellent
1	Surdité congénitale et familiale, suivi par centre spécialisé
1	Fente palatine opérée, surdité de transmission soignée par drains transtympaniques
1	Surdité unilatérale sur malformation congénitale d'une oreille.
1	Hémorragie cérébrale, surdité partielle à l'audiométrie à 2 mois
9	Otites séro-muqueuses avec pose de drains transtympaniques
4	Otites sero-muqueuses d'évolution favorable sous traitement médicamenteux

Ces résultats démontrent que les méthodes d'analyse comportementale utilisées par les équipes médico-sociales de l'ONE, même si elles permettent de dépister un certain nombre de cas de surdité, donnent des résultats nettement inférieurs aux méthodes objectives actuellement développées de façon plus ou moins importante par les maternités. Il est donc indispensable qu'une réflexion s'installe entre les maternités, l'ONE, les ORL spécialisés dans cette problématique, les centres de santé pour sourds et la Santé Publique pour mettre sur pied un système performant de dépistage précoce des troubles auditifs accessible à tous les enfants de la Communauté française.